

Таблица 1

Распределение пострадавших с сочетанной травмой по тяжести повреждений (ВПХ, баллы) в зависимости от локализации ведущего повреждения

Область	Улан-Удэ	Иркутск	Барнаул	p_n
Голова и шея	8,0 (0,8–18,4)	3,2 (0,3–18,4)	2,8 (0,3–13,0)	0,004
Грудь	2,4 (0,7–21,0)	5,0 (0,5–19,9)	2,3 (0,6–17,2)	0,73
Живот	3,7 (2,05–9,6)	4,0 (2,2–12,1)	2,1 (1,6–10,1)	0,46
Конечности	1,1 (0,6–2,0)	1,2 (0,9–2,5)	1,4 (0,9–2,8)	0,0001

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Общая летальность в Улан-Удэ статистически значимо выше (37,7 %), чем в Иркутске (35,4 %) и Барнауле (30,2 %). В Иркутске, в свою очередь, она существенно выше, чем в Барнауле ($p = 0,007$). Догоспитальная летальность преобладает также в Улан-Удэ (28,6 %), тогда как в Иркутске она составляет 23,3 % ($p = 0,079$), а в Барнауле — 21,9 % ($p = 0,024$). В Иркутске и Барнауле догоспитальная летальность не имеет различий ($p = 0,56$), но при анализе госпитальной летальности выявлены высокосignимые различия между Иркутском (12,1 %) и Барнаулом (8,3 %) ($p = 0,013$).

При распределении летальности в зависимости от степени тяжести повреждений установлено, что летальность при крайне тяжелых повреждениях (ВПХ > 12 баллов) в Барнауле статистически значимо ниже, чем в Иркутске и Улан-Удэ ($p = 0,05$), а летальность при тяжелых повреждениях (ВПХ = 1 – 12 баллов) значимо выше в Улан-Удэ ($p = 0,006$).

При повреждениях средней тяжести (ВПХ = 0,5 – 1 балл) летальность в Улан-Удэ статистически значимо ниже, чем в Иркутске и Барнауле ($p = 0,007$).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Установлено, что наибольшая заболеваемость сочетанной травмой за указанный период была в Иркутске — 165 на 100 тыс. населения, а наибольшая смертность (53 на 100 тыс.) — в Улан-Удэ. Минимальным показателем потерянных лет потенциальной жизни был в Барнауле — 7,3. Таким образом, наиболее благоприятная эпидемиологическая обстановка наблюдается в краевом центре со специализированной помощью пострадавшим с СТ.

ВЫВОДЫ

Отсутствие специализированной помощи в г. Иркутске приводит к значимому увеличению общей летальности, в основном за счет госпитальной, у наиболее тяжелой категории пострадавших, по сравнению с г. Барнаулом (специализированный травмацентр), что свидетельствует о недостаточной эффективности квалифицированной помощи. Для улучшения качества оказания помощи пострадавшим с СТ в г. Иркутске необходимо развертывание подобного травмацентра для оказания специализированной помощи пострадавшим.

А.Л. Партиллаева, О.Д. Дубданова, М.И. Бальхаев

СТАЦИОНАР-ЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Варикозное расширение вен — это заболевание, в результате которого теряются свойства эластичности стенки вен. Чаще всего поражаются вены нижних конечностей, они приобретают вид расширений и извитых тяжелей, что значительно ухудшает внешний вид ног.

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) характеризуется нарушением оттока крови в поверхностной и глубокой венозных системах, обусловленным дисфункцией мышечно-венозных насосов нижних конечностей и возникающими вертикальными и горизонтальными патологическими флорефлюксами, проявляется варикозной трансформацией подкожных и внутрикожных вен и сопровождается рядом клинических осложнений (варикозфлебиты, кровотечения, трофические нарушения кожи и язвы), значительно снижающих трудоспособность и качество жизни.

«Хирургия одного дня — эстетическая хирургия высокого профессионализма, ориентированная на благоприятный исход, возвращение пациента в день операции домой, реабилитацию европейского уровня»

ня. Только позитивно прогнозируемые, основанные на огромном опыте, кристаллизованные в условиях стационара методы оперативного лечения» (Сахарюк А.П., 2006).

Хирургическое лечение ВБВНК в режиме «хирургии одного дня» в Центрах амбулаторной (ЦАХ) и специализированной (ЦСХ) хирургии возможно осуществить у большинства пациентов с неосложненными формами этой патологии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Проблема варикозной болезни имеет, кроме медицинского, важное социальное значение. Конкуренция за больничные койки, высокая потребность в хирургическом лечении варикозного расширения вен и экономические соображения стимулируют разработку методик, позволяющих оперировать максимальное число больных, не создавая дополнительной нагрузки на коечный фонд.

Цель работы — анализ результатов лечения варикозной болезни вен нижних конечностей в центре амбулаторной хирургии поликлиники № 2 г. Улан-Удэ за 2004 — 2006 гг.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни за 2004 — 2006 гг. Результаты проведенных исследований за 2004 — 2006 гг. показали, что общее количество прооперированных больных в ГЦАХ составляет 154 человек, в качестве сравнения взяты результаты лечения в РКБ ОСХ за этот же временной отрезок — 496 человек. Средний возраст женщин — 48 — 49 лет (± 2), а у мужчин — 38 ± 2 года. Частота встречаемости данной патологии выше у женщин в 2 раза, чем у мужчин из общего числа прооперированных. Средняя продолжительность полного курса послеоперационного периода в ГЦАХ составила 7,7 дней, а в РКБ ОСХ — 9,8. Средняя стоимость одного дня лечения в ГЦАХ составляет 363 рубля 96 копеек, а в РКБ ОСХ — 2431 рубль. Также проанализированы данные трудоспособного населения проходивших лечение в ГЦАХ по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей, что составляет 31 человек из общего числа прооперированных (154 человека). Показатели среди лиц трудоспособного возраста, страдающих данной патологией, преобладают у мужчин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ данных литературы позволяет прийти к заключению, что в настоящее время до 40 — 50 % плановых хирургических вмешательств, в том числе и флебэктомий, при варикозном расширении подкожных вен нижних конечностей можно и нужно выполнять в амбулаторных условиях. Это обусловлено тем, что степень риска при выполнении оперативных вмешательств в амбулаторных и стационарных условиях практически одинакова, а экономическая эффективность обоснованно доказана многими исследователями.

В результате проведенных исследований в ЦАХ нами выявлено, что наиболее перспективным было бы создание специализированного центра амбулаторной флебологической помощи, что способствовало бы более быстрому восстановлению пациента, освобождению коек в больницах города, а также снижению стоимости самого лечения. Ранняя активизация пациентов после лечения дает возможность сократить сроки нетрудоспособности, повысить уровень социальной адаптации и личного комфорта пациентов.

К.Д. Пунсуков, В.Е. Хитрихеев, М.И. Бальхаев, Б.Д. Доржиев

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ДХО ГК БСМП ЗА 2002–2007 гг.

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Проблема лечения детей, получивших обширные термические ожоги, занимает важное место в числе задач современной детской хирургии.

В настоящее время основным методом хирургического лечения глубоких ожогов является ранняя некрэктомия и первичное пластическое замещение кожным трансплантатом.

Данный метод оперативного пособия позволяет избежать септических осложнений.

Проведен анализ результатов лечения 41 ребенка с обширными глубокими ожогами в возрасте от 1 года до 18 лет с 2002 по 2007 год по материалам отделения детской хирургии ГК БСМП г. Улан-Удэ.

В зависимости от сроков хирургического лечения больные были распределены на 2 группы. В первую группу включены 15 пациентов, которым была осуществлена активная хирургическая тактика после выхода из шока, на 3 — 4-е сутки после получения травмы.